



## KLİNİK ÇALIŞMA

# BOYUN DİSEKSİYONU YAPILAN ALT DUDAK SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU OLAN HASTALARIN KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK SONUÇLARI

Dr. Harun GÜR<sup>1</sup>, Dr. Kemal Koray BAL<sup>1</sup>, Dr. Ozan BALTA<sup>1</sup>, Dr. Onur İSMİ<sup>1</sup>, Dr. Yusuf VAYISOĞLU<sup>1</sup>, Dr. Kemal GÖRÜR<sup>1</sup>, Dr. Murat ÜNAL<sup>1</sup>, Dr. Rabia BOZDOĞAN ARPACI<sup>2</sup>, Dr. Yavuz DEMİR<sup>3</sup>, Dr. Cengiz ÖZCAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye <sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye <sup>3</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Alt dudakta skuamöz hücreli karsinomu olan ve boyun diseksiyonu yapılan hastaların klinik bulgularını ve ameliyat materyallerinin histopatolojik sonuçlarını güncel literatür bilgileri ile tartışmayı amaçladık.

**Temel Yöntem ve Uygulamalar:** 2015 ve 2022 yılları arasında alt dudakta skuamöz hücreli karsinomu olan, cerrahi tedavi ve boyun diseksiyonu yapılan 41 hastanın tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, tümör yerleşimi yeri (sağ, sol veya orta hat), sigara ve alkol kullanım öyküleri araştırıldı. Dosya kayıtlarından tümörün en büyük çapı, tümör derinliği ve T evresi tespit edildi. Histopatolojik inceleme sonuçlarından perinöral ve lenfovasküler invazyon, boyun metastazı ve ekstrakapsüler yayılım araştırıldı.

**Bulgular:** Bu çalışmada 33 erkek (%80.5) ve 8 kadın (%19.5) hasta mevcuttu. Erkek hastaların kadın hastalara oranı 4,1:1 idi. Hastaların yaş ortalaması 60,41±14,17 yıl (dağılım aralığı 33-86 yıl) idi. T evreleri incelendiğinde 24 hastada (%58.5) T1, 12 hastada (%29.3) T2, bir hastada (%2.4) T3 ve dört hastada (%9.8) T4 tümör tespit edildi. Böylece hastaların %87.8'i erken evre (T1 ve T2), %12.2'si ise ileri evre (T3 ve T4) tümöre sahipti. Boyun metastazı ileri evre tümörü olan hastalarda izlendi.

**Sonuç:** Dudak kanserleri erken evrede tespit edilebilir olup erkek hastalarda ve ileri yaşta daha sık görülmektedir. Alt dudakın skuamöz hücreli karsinomlarında, ileri evre tümörlerde boyun lenf nodlarına metastaz daha sık görülmektedir. Alt dudaktan tümör eksizeyonu yapılırken güvenli cerrahi sınır, oral kompetans ve estetik kaygılar göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Dudak, dudak kanseri, skuamöz hücreli karsinom, boyun diseksiyonu, kanser metastazı

### CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL RESULTS OF PATIENTS WITH SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE LOWER LIP WITH NECK DISSECTION

#### SUMMARY

**Objective:** We aimed to discuss along with current literature the clinical findings and histopathological results of surgical materials of patients with squamous cell carcinoma in the lower lip and undergoing neck dissection.

**Materials and Methods:** Medical records of 41 patients who had squamous cell carcinoma in the lower lip and were performed surgical treatment and neck dissection between 2015 and 2022 were investigated retrospectively. Demographic features of the patients, tumor site (right, left or midline), smoking and alcohol consumption history were reviewed. The largest diameter of the tumor, tumor depth and T stage were found from chart records. Perineural and lymphovascular invasion, neck metastasis and extracapsular spread were investigated from histopathological results.

**Results:** There were 33 male (%80.5) and eight female (%19.5) patients in this study. The ratio of male to female was 4,1:1. The mean age of the patients was 60,41±14,17 years (range 33-86 years). When T stages were examined, T1 in 24 patients (58.5%), T2 in 12 patients (29.3%) tumors, T3 in one patient (2.4%), and T4 tumor in four patients (9.8%) were detected. Thus, 87.8% of the patients had the early stage tumor (T1 and T2) and 12.2% had the advanced stage tumor (T3 and T4). Neck metastasis was seen in patients with advanced stage tumor.

**Conclusion:** Lip cancers could be detected at an early stage and they are seen more commonly in male patients and advanced age. In squamous cell carcinomas of the lower lip, metastasis to lymph nodes of the neck is more common in advanced stage tumors. While excising tumor from the lower lip, a safe surgical margin, oral competence and aesthetic concerns should be taken into consideration.

**Keywords:** Lip, lip cancer, squamous cell carcinoma, neck dissection, cancer metastasis

İletişim kurulacak yazar: Dr. Harun GÜR, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye, E-mail: hrngur@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 23 Mayıs 2023, revizyonun gönderildiği tarih: 27 Haziran 2023, yayın için kabul edilme tarihi: 28 Haziran 2023

Kaynak gösterimi GÜR H., BAL K. K., BALTA O., İSMİ O., VAYISOĞLU Y., GÖRÜR K., ÜNAL M., BOZDOĞAN ARPACI R., DEMİR Y., ÖZCAN C. Boyun Diseksiyonu Yapılan Alt Dudak Skuamöz Hücreli Karsinomu Olan Hastaların Klinik Ve Histopatolojik Sonuçları KBB-Forum 2023;22(2):153-159

## GİRİŞ

Dudak kanserleri, baş boyun kanserlerinin yaklaşık olarak %12'sini oluşturmakla birlikte oral kavite kanserlerinin %25'ini oluşturmaktadırlar. Alt dudak kanserleri erkek hastalarda ve ileri yaşlarda daha sık izlenmektedir. Lezyonlar en sık alt dudakta (%82.7-%95.6) görülmektedir, daha az sıklıkla üst dudakta (%3.7-%13.5) ve dudak



komissüründe (%0.7-%3.7) izlenebilmektedirler<sup>1,2</sup>. Alt dudakta histopatolojik olarak en sık tespit edilen kanser çeşidi skuamöz hücreli karsinomdur ve bu histopatolojik tip olguların %96'sını oluşturmaktadır<sup>2</sup>.

Bu çalışma alt dudakta skuamöz hücreli karsinomu olan ve dudaktaki tümörün cerrahi tedavisi ile birlikte boyun diseksiyonu yapılan hastaların klinik bulgularını ve ameliyat materyallerindeki histopatolojik sonuçları güncel bilgiler ile birlikte tartışmayı amaçlamaktadır.

### HASTALAR VE YÖNTEM

Bu çalışma, üniversitemizin etik kurulunun 10.05.2023 tarih ve 2023/330 sayı numaralı kararıyla onaylanmıştır. 2015 ve 2022 yılları arasında alt dudak skuamöz hücreli karsinomu nedeniyle tümör eksizyonu ve eş zamanlı boyun diseksiyonu yapılan 50 hasta tespit edildi. Revizyon vakalar (dört hasta) ve lokal nüksler (beş hasta) nedeniyle ameliyat edilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hasta dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, tümör yerleşimi (sağ, sol veya orta hat), sigara ve alkol kullanım öyküleri araştırıldı. Dosya kayıtlarından tümörün en büyük çapı, tümörün derinliği ve T evresi tespit edildi. Histopatolojik inceleme sonuçlarından perinöral invazyon, lenfovasküler invazyon, lenf nodu metastazı, metastatik lenf nodu sayısı ve ekstrakapsüler yayılım varlığı araştırıldı. Alt dudağın 1/3'ünden küçük lezyonları için V veya W şeklinde (Resim 1) eksizyon ve primer kapama yapıldı. Alt dudak genişliğinin 1/3'ü ile 2/3'ü arasındaki lezyonlar için V şeklinde eksizyon yapıldıktan sonra Abbe flepleri ile rekonstrüksiyon yapıldı. Alt dudak genişliğinin 2/3'ünden büyük lezyonlar için Bernard- Webster flep (Resim 2) prosedürü uygulandı. Mandibula invazyonu olan ileri evre hastalarda segmental mandibulektomi yapıldı. Bu hastalarda mandibula rekonstrüksiyonu plakvida ile yapıldı ve cerrahi alandaki doku defekti pektoralis majör miyokutan flep ile onarıldı. Klinik bulgular ve radyolojik incelemelerde boyunda metastatik lenf nodu saptanmadı ise supraomohyoid boyun diseksiyonu yapıldı ancak klinik bulgular ve radyolojik incelemelerde boyunda metastatik lenf nodu saptandı ise modifiye radikal tip III boyun diseksiyonu yapıldı. Orta hat yerleşimli tümörler ve ileri evre tümörler için bilateral boyun diseksiyonu

yapılırken lateralize lezyonlar için ipsilateral boyun diseksiyonu yapıldı.



**Resim 1:** Alt dudakta T1 tümörü ve W şeklinde eksizyonun görünümü



**Resim 2:** Alt dudakta orta hattan her iki yöne uzanan ülsere lezyonun görünümü (A), Bernard - Webster flep ile rekonstrüksiyonun hasta üzerinde çizimi (B), tümör eksizyonu sonrası görünüm (C), Bernard - Webster flep ile rekonstrüksiyon sonrası dudağın görünümü (D), eksize edilen tümörün görünümü (E).



İleri evre tümörü (T3 ve T4) olan hastaların histopatolojik inceleme sonuçlarında perinöral invazyon, lenfovasküler invazyon, iki veya daha fazla metastatik lenf nodu ve lenf nodlarında ekstrakapsüler yayılım var ise postoperatif dönemde radyoterapi uygulandı. Ayrıca T3 ve T4 tümörler, cerrahi sınırdaki tümör varlığı ve lenf nodlarında ekstrakapsüler yayılım varlığı postoperatif dönemde kemoterapi endikasyonlarını oluşturdu.

Hastalar cerrahi tedaviden sonra ilk yıl ayda bir, ikinci yıl üç ayda bir, üçüncü ve beşinci yıllar arasında altı ayda bir ve beşinci yıldan sonra yılda bir düzenli kontrollere çağrıldı. Dosya kayıtlarından hastaların takip süreleri tespit edildi.

### BULGULAR

Bu çalışmaya 33 erkek (%80.5) ve 8 kadın (%19.5) hasta olmak üzere toplam 41 hasta dahil edildi. Erkek hastaların kadın hastalara oranı 4,1:1 idi. Hastaların yaş ortalaması 60,41±14,17 yıl (dağılım aralığı 33-86 yıl) idi. Lezyonların yerleşim yerleri incelendiğinde 14 hastada (%34.2) lezyon alt dudakın sağ tarafında, 16 hastada (%39.0) sol tarafta ve 11 hastada (%26.8) ise orta hatta yerleşimliydi. Yirmi dört hastada (%58.5) sigara içim öyküsü, 23 hastada (%56) ise alkol kullanım öyküsü mevcuttu. T evreleri incelendiğinde 24 hastada (%58.5) T1, 12 hastada (%29.3) T2, bir hastada (%2.4) T3 ve dört hastada (%9.8) T4 tümör tespit edildi (Tablo 1). Böylece hastaların %87.8'i erken evre (T1 ve T2), %12.2'si ise ileri evre (T3 ve T4) tümöre sahipti.

Tümör eksizyonu ve rekonstrüksiyon yöntemi incelendiğinde, 15 hastada V şeklinde eksizyon ve primer kapama ve 10 hastada W şeklinde eksizyon ve primer kapama yapıldı. Dört hastada V şeklinde eksizyon ve Abbe flep ile onarım uygulandı. Sekiz hastada ise Bernard - Webster prosedürü uygulandı. Dört hastada segmental mandibulektomi ile eksizyon yapıldıktan sonra plak-vida ile mandibulektomi defekti rekonstrükte edildi ve pektoralis majör miyokutan flep ile cerrahi alandaki defekt kapatıldı.

Dudaktaki lezyonlar perinöral invazyon açısından incelendiğinde, T1 tümörü olan hastaların birinde (%4.16), T2 tümörü olan hastaların üçünde (%25) ve T4 tümörü olan

hastaların ikisinde (%50) perinöral invazyon saptandı. Lenfovasküler invazyon açısından histopatolojik inceleme yapıldığında, T2 tümörü olan hastaların birinde (%8.3) ve T4 tümörü olan hastaların ikisinde (%50) lenfovasküler invazyon izlendi.

T evresine göre ortalama tümör çapları incelendiğinde, ortalama tümör çapı T1 tümörlerde 16,95 mm, T2 tümörlerde 30,16 mm, T3 tümörlerde 45 mm ve T4 tümörlerde 62 mm idi. Benzer şekilde T evresine göre tümör derinlikleri incelendiğinde, ortalama tümör derinliği T1 tümörlerde 3,79 mm, T2 tümörlerde 7,16 mm, T3 tümörlerde 13 mm ve T4 tümörlerde 22,25 mm idi. Tümörün T evresine göre boyundaki lenf nodları metastaz açısından histopatolojik olarak incelendiğinde, T1 ve T2 tümörü olan hastalarda lenf nodu metastazı saptanmaz iken T3 ve T4 tümörü olan hastaların tümünde boyun lenf nodlarına metastaz saptandı. T3 tümörü olan hastada iki adet metastatik lenf nodu histopatolojik olarak tespit edildi. T4 tümörü olan hastaların histopatolojik sonuçları incelendiğinde ise iki hastada iki, bir hastada dört ve bir hastada da beş adet metastatik lenf nodu tespit edildi. T4 tümörü olan dört hastanın üçünde (%75) metastatik lenf nodlarında ekstrakapsüler yayılım mevcuttu (Tablo 2).

Cerrahi tedaviye ek olarak postoperatif radyoterapi alan hastalar incelendiğinde, T1 tümörü olan bir hastaya ve T2 tümörü olan üç hastaya postoperatif dönemde radyoterapi uygulandı. Bu hastaların histopatolojik raporları incelendiğinde T1 tümörü olan bir hastada perinöral invazyon mevcuttu. T2 tümörü olan iki hastada perinöral invazyon, bir hastada ise hem perinöral hem de lenfovasküler invazyon mevcuttu. T3 ve T4 tümörü olan ileri evre hastalara postoperatif dönemde kemoradyoterapi uygulandı (Tablo 3).

Hastaların ortalama takip süreleri incelendiğinde bu süre T1 tümörü olan hastalarda 50,75 ay, T2 tümörü olanlarda 46,08 ay, T3 tümörü olanlarda 44 ay ve T4 tümörü olan hastalarda 30 ay idi. Tüm hastaların ortalama takip süreleri ise 47,19±20,62 ay idi (Tablo 3).





**Tablo 1:** Hastaların demografik özellikleri ve T evreleri

Yaş, SS (yıl)	60,41±14,17
Cinsiyet	
Erkek	33 (%80.5)
Kadın	8 (%19.5)
Lezyonun yerleşim yeri	
Sağ	14 (%34.2)
Sol	16 (%39.0)
Orta hat	11 (%26.8)
T evresi	
T1	24 (%58.5)
T2	12 (%29.3)
T3	1 (%2.4)
T4	4 (%9.8)

SS: standart sapma

**Tablo 2:** T evrelerine göre hastaların özelliklerinin dağılımı

	T1	T2	T3	T4	Toplam
Yaş (yıl), SS	57,45±12,89	67,41±15,24	64	56,25±16,07	60,41±14,17
Cinsiyet					
Erkek	19	10	0	4	33
Kadın	5	2	1	0	8
Tümör çapı (mm)	16,95±1,98	30,16±6,32	45	62±18,05	25,90±15,18
Tümör derinliği (mm)	3,79±1,10	7,16±1,40	13	22,25±4,11	6,80±5,72
Perinöral invazyon	1	3	0	2	6
Lenfovasküler invazyon	0	1	0	2	3
Metastatik lenf nodu	0	0	1	4	5
Ekstrakapsüler yayılım	0	0	0	3	3

SS: standart sapma

**Tablo 3:** Tümör boyutları, hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ve hastaların takip süreleri

Hasta no	Tümör çapı (mm)	Tümör derinliği (mm)	Cerrahi tedavi	Takip süresi (ay)	Postoperatif RT/KRT
1	17	3	V-eksizyon, primer kapama	80	
2	14	4	V-eksizyon, primer kapama	62	
3	18	2	W-eksizyon, primer kapama	41	
4	17	5	W-eksizyon, primer kapama	72	
5	16	3	W-eksizyon, primer kapama	54	
6	15	2	V-eksizyon, primer kapama	48	
7	17	3	V-eksizyon, primer kapama	20	
8	19	3	V-eksizyon, primer kapama	53	
9	18	5	W-eksizyon, primer kapama	32	
10	18	4	V-eksizyon, primer kapama	65	
11	17	5	W-eksizyon, primer kapama	42	
12	14	4	V-eksizyon, primer kapama	66	
13	17	4	W-eksizyon, primer kapama	26	
14	20	5	W-eksizyon, primer kapama	80	RT
15	15	4	V-eksizyon, primer kapama	52	
16	16	2	V-eksizyon, primer kapama	26	
17	15	5	V-eksizyon, primer kapama	68	
18	15	2	V-eksizyon, primer kapama	14	
19	20	5	W-eksizyon, primer kapama	62	
20	20	3	V-eksizyon, primer kapama	80	



21	15	5	V-eksizyon, primer kapama	36	
22	15	4	V-eksizyon, primer kapama	28	
23	20	5	W-eksizyon, primer kapama	69	
24	19	4	V-eksizyon, primer kapama	42	
25	33	9	V-eksizyon, Abbe flep	78	
26	25	6	V-eksizyon, Abbe flep	24	
27	35	7	Bernard – Webster prosedürü	70	
28	31	8	Bernard – Webster prosedürü	71	
29	40	9	Bernard – Webster prosedürü	40	RT
30	25	6	Bernard – Webster prosedürü	26	
31	22	6	V-eksizyon, Abbe flep	30	
32	40	5	Bernard – Webster prosedürü	20	
33	26	8	V-eksizyon, Abbe flep	46	RT
34	25	7	W-eksizyon, primer kapama	56	
35	25	9	Bernard – Webster prosedürü	76	RT
36	35	6	Bernard – Webster prosedürü	16	
37	45	13	Bernard – Webster prosedürü	44	KRT
38	75	23	Mandibulektomi, pektoralis majör miyokutan flep	42	KRT
39	48	17	Mandibulektomi, pektoralis majör miyokutan flep	33	KRT
40	45	22	Mandibulektomi, pektoralis majör miyokutan flep	18	KRT
41	80	27	Mandibulektomi, pektoralis majör miyokutan flep	27	KRT

RT: radyoterapi, KRT: kemoradyoterapi

## TARTIŞMA

Cilt kanserlerinden sonra baş boyun bölgesinde en sık görülen kanserler dudakta ortaya çıkmaktadır ve bunların büyük çoğunluğunu skuamöz hücreli karsinom oluşturmaktadır<sup>3</sup>. Dudak kanserleri ağırlıklı olarak erkek cinsiyette (%77-%96.7) görülmeye eğilimlidir<sup>1,2,4</sup>. Erkek hastaların kadın hastalara oranının 6:1 ile 7,6:1 arasında olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir<sup>5-8</sup>. Güneş ışığına maruz kalmak en önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır<sup>9,10</sup>. Erkek hastalar tarım işleri ve arazi işleri gibi güneş ışığına maruz kalabilecek işlerde daha sık çalışmaktadır, bu durum dudak kanserlerinin erkeklerde daha sık izlenmesine yatkınlık oluşturmaktadır. Bununla birlikte alt dudağın güneş ışığını üst dudağa göre doğrudan alması da bu kanserlerin alt dudakta daha sık izlenmesine yol açmaktadır. Alt dudağın skuamöz hücreli karsinomu sıklıkla 50 yaş üzeri hastalarda izlenmektedir<sup>4,5,9</sup>. Bu yaş grubundaki hastaların yaşamları boyunca uzun süre güneş ışığına maruz kalmaları önemli bir risk faktörüdür. Bizim çalışmamızda erkek-kadın hasta oranı 4,1:1 idi ve hastaların %80.5'ini erkekler, %19.5'ini ise kadınlar oluşturmaktaydı.

Hastalarımızın yaş ortalaması literatüre benzerdi ve bu oran  $60,41 \pm 14,17$  yıl (dağılım aralığı 33-86 yıl) idi.

Dudaklar yüzü oluşturan bileşenlerden biridir, bundan ötürü burada gelişebilen lezyonlar hemen göze çarpmaktadır. Bu durum dudaklarda oluşan tümöral oluşumların erken evrede fark edilmesine ve erken dönemde tanı konulmasına yol açmaktadır. Böylece dudak tümörlerinin büyük çoğunluğu erken evrede tespit edilmektedir. Alt dudak tümörleri boyutları açısından değerlendirildiğinde olguların %31'inde lezyon 1 cm veya daha küçük, %45'inde 1 cm ile 2 cm arasında, %13'ünde 2 cm ile 3 cm arasında, %5'inde 3 cm ile 4 cm arasında ve %6'sında 4 cm'den büyüktür<sup>2</sup>. Vukadinovic ve arkadaşlarının 223 hastalık serilerinde, dudağında skuamöz hücreli karsinomu olan hastaların %39.9'unda T1, %50.2'sinde T2, %9.4'ünde T3 ve %0.5'inde T4 tümör gözlenmiştir<sup>3</sup>. Bizim çalışmamızda olguların %87.8'ini erken evre, %12.2'sini ileri evre tümörler oluşturmaktadır.

Tümör yerleşimi açısından olgular incelendiğinde, olguların %35,9'unda tümörün alt dudağın sağ tarafında, %29.6'sında sol



tarafında ve %34.5'inde ise orta hattan her iki tarafa doğru uzandığı tespit edilmiştir<sup>3</sup>. Bizim çalışmamızda olguların %34.2'sinde lezyon dudagın sağ tarafında, %39'unda sol tarafta ve %26.8'inde ise orta hatta yerleşimliydi.

Dudak kanserlerinde boyun lenf nodlarına yaklaşım üzerine hala tartışmalar sürmektedir<sup>11</sup>. Klinik olarak veya radyolojik olarak boyundaki lenf nodlarında metastaz mevcut ise modifiye radikal veya radikal boyun diseksiyonu uygulanabilir. Ancak klinik olarak veya radyolojik olarak boyundaki lenf nodlarında metastaz yok ise elektif boyun diseksiyonu, radyoterapi veya gözlem gibi yaklaşımlar öne sürülmüştür<sup>10,12,13</sup>. Alt dudak kanserlerinde %20'ye kadar boyun lenf nodu metastazı izlenebilmektedir ve metastazlar için ilk aşama lenf nodlarını submental ve submandibuler lenf nodları oluşturmaktadır<sup>6,14</sup>. Dudagında skuamöz hücreli karsinomu olan hastalarda %26.5 oranında klinik olarak tespit edilebilir lenf nodları saptanmıştır ve bu hasta grubuna yapılan boyun diseksiyonu sonucunda histopatolojik olarak %84.7 oranında metastatik lenf nodu saptanmıştır<sup>3</sup>. T1 tümörlerde boyun metastaz oranı %6 iken T2 ve daha üstü tümörlerde bu oran %16'dır<sup>2</sup>. Bizim çalışmamızda T1 ve T2 tümörlerde boyundaki lenf nodlarına metastaz saptanmadı ancak T3 ve T4 tümörü olan hastaların %100'ünde boyundaki lenf nodlarına metastaz histopatolojik olarak saptandı.

Dudak tümörlerinde cerrahi tedavi ile radyoterapinin etkinliği erken evre tümörlerde birbirine yakındır<sup>10,15</sup>. İleri evre tümörlerde cerrahiye ek olarak tedavi planına radyoterapi veya kemoradyoterapi de eklenebilir<sup>10</sup>. Dudak tümörlerinde başlıca cerrahi tedavi yaklaşımı ise tam kat eksizyon şeklindedir. Dudaklar beslenme sırasında gıdaların oral kaviteden dışarı sızmasını önlemektedir. Bununla birlikte yüzün mimik kaslarıyla duygusal durumların dışavurumunda da önemli rol üstlenmektedir. Bu nedenlerden ötürü eksizyon ve rekonstrüksiyon yapılırken onkolojik olarak güvenli bir cerrahi sınır, oral kompetans ve estetik kaygılar birlikte değerlendirilmelidir<sup>16</sup>. Cerrahi tedavi için birçok eksizyon ve onarım şekli tanımlanmıştır. Küçük lezyonlar basit cerrahi eksizyon ve primer kapama ile tedavi edilebilir. Daha ileri

tümörlerde cilt, kas ve mukoza içeren flepler gerekebilmektedir. V ya da W şeklinde eksizyon ve primer kapama küçük lezyonlarda uygulanabilir<sup>17</sup>. Alt dudagın 2/3'ünü geçen orta hat lezyonlarında Karapandzic flep, daha büyük defektlerde yanak flepleri veya serbest doku flepleri kullanılabilir. Sık kullanılan yanak flepleri arasında Gillies fan ve Bernard-Webster flepler yer almaktadır<sup>18,19</sup>. Total dudak defektlerinde, kemik rezeksiyonu gerektiren ileri evre olgularda serbest doku flepleri gerekmektedir<sup>15</sup>. Bizim çalışmamızda küçük lezyonlar için V ve W şeklinde eksizyon ve primer kapama kullanıldı. Büyük defektler için Bernard-Webster rekonstrüksiyon yöntemi başarıyla uygulandı. Kemik invazyonu olan hastalarda segmental mandibulektomi defekti plak-vida ile rekonstrükte edildi ve oluşan doku defekti pektoralis majör miyokutan flep ile onarıldı.

Sonuç olarak, alt dudagın skuamöz hücreli karsinomu ileri yaş hastalarda ve erkeklerde daha sık izlenmektedir. İleri evre dudak tümörlerinde boyun lenf nodlarına metastaz erken evre tümörlere göre daha sık görülebilir. Dudaklar konuşma, beslenme ve estetik açıdan önemli olduğundan onkolojik kurallardan ödün vermeksizin uygun rekonstrüksiyon işlemleri yapılmalıdır.

### **Çıkar Çatışması ve Finansal Destek**

Çalışmamızda çıkar çatışması ve finansal destek alımı yoktur.

### **KAYNAKLAR**

1. Bozan N, Kocak OF, Cankaya H, Kiroglu Mehmet Hafit Gur AF, Erten R. Lip cancer: A 16-year retrospective epidemiological study in Eastern part of Turkey. J Pak Med Assoc. 2016;66:1433-1435.
2. Zitsch RP 3rd, Park CW, Renner GJ, Rea JL. Outcome analysis for lip carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 1995; 113:589-96.
3. Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, Medenica LM, Lens M. Surgical management of squamous cell carcinoma of the lip: analysis of a 10-year experience in 223 patients. J Oral Maxillofac Surg. 2007; 65:675-9.
4. Düzgün S, Ünlü E, Pekdemir İ, Yılcı S. Management of Squamous Cell Carcinoma of The Lower Lip: Analysis of Five Years' Experience (78 Patients) and Review of The Literature. KBB-Forum. 2013;12:26-31
5. Hasson O. Squamous cell carcinoma of the lower lip. J Oral Maxillofac Surg. 2008; 66:1259-62.



6. Bilkay U, Kerem H, Ozek C, Gundogan H, Guner U, Gurler T, Akin Y. Management of lower lip cancer: a retrospective analysis of 118 patients and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 2003;50:43-50.
7. Zitsch RP 3rd. Carcinoma of the lip. *Otolaryngol Clin North Am.* 1993;26:265-77.
8. Tseng HW, Liou HH, Tsai KW, Ger LP, Shiue YL. Clinicopathological study of lip cancer: a retrospective hospital-based study in Taiwan. *APMIS.* 2017;125:1007-1016.
9. Howard A, Agrawal N, Gooi Z. Lip and Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2021;35:895-911.
10. Dougherty W, Givi B, Jameson MJ; Education Committee of the American Head and Neck Society. AHNS Series - Do you know your guidelines? Lip cancer. *Head Neck.* 2017;39:1505-1509.
11. Agostini T, Spinelli G, Arcuri F, Perello R. Metastatic Squamous Cell Carcinoma of the Lower Lip: Analysis of the 5-Year Survival Rate. *Arch Craniofac Surg.* 2017;18:105-111.
12. Weiss MH, Harrison LB, Isaacs RS. Use of decision analysis in planning a management strategy for the stage N0 neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994;120:699-702.
13. Bhandari K, Wang DC, Li SC, Jiang BH, Guo YX, Koirala U, Du XY. Primary cN0 lip squamous cell carcinoma and elective neck dissection: Systematic review and meta-analysis. *Head Neck.* 2015;37:1392-400.
14. Zitsch RP 3rd, Lee BW, Smith RB. Cervical lymph node metastases and squamous cell carcinoma of the lip. *Head Neck.* 1999;21:447-53.
15. Kerawala C, Roques T, Jeannon JP, Bisase B. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* 2016 ;130:S83-S89.
16. Campbell JP. Surgical management of lip carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998;56:955-61.
17. Ebrahimi A, Kalantar Motamedi MH, Ebrahimi A, Kazemi M, Shams A, Hashemzadeh H. Lip Reconstruction after Tumor Ablation. *World J Plast Surg.* 2016;5:15-25.
18. Geelan-Hansen K, Clark JM, Shockley WW. Reconstruction of Defects Involving the Lip and Chin. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019;27:67-83.
19. Denadai R, Raposo-Amaral CE, Buzzo CL, Raposo-Amaral CA. Functional lower lip reconstruction with the modified Bernard-Webster flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015;68:1522-8.